

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep Dasar Teori

Continuity of care dalam Asuhan yang berkesinambungan yaitu asuhan yang diberikan seorang bidan terhadap pasien secara komprehensif sepanjang siklus hidup perempuan mulai dari masa pra konsepsi, masa kehamilan, persalinan dan kelahiran, sampai akhir masa nifas. (Ningsih 2017)

A. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

1. Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai janin lahir. Lama kehamilan normal dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) yaitu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, yaitu trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai tiga bulan (0-12 minggu), trimester kedua dimulai dari bulan keempat sampai enam bulan (13-28 minggu), trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai sembilan bulan (29-40 minggu). (Saifuddin, 2009)

Berlangsung selama 13 minggu pada trimester ketiga, dari 28 ke 40 minggu. Pada kehamilan trimester ketiga, organ-organ tubuh janin telah terbentuk, dan pertumbuhan serta perkembangan sampai minggu ke 40 telah mencapai perkembangan penuh. (Manuaba, 2010: 79)

2. Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

Menurut Kurnia (2011:194) Perubahan fisiologi pada kehamilan Trimester III yaitu :

1) Sakit bagian belakang

Nyeri pada bagian belakang tubuh (punggung dan pinggang), akibat penambahan berat badan janin dalam kandungan, dapat mempengaruhi postur dan menyebabkan tekanan pada tulang belakang

2) Payudara

Sekresi payudara adalah kolostrum, yang merupakan makanan bayi pertama yang mengandung protein, dan biasanya akan Anda rasakan pada trimester ketiga.

3) Konstipasi

Konstipasi karena tekanan rahim yang membesar ke arah usus selain perubahan hormone.

4) Pernafasan

Adanya perubahan hormonal akan mempengaruhi aliran darah di paru-paru, dan ibu hamil pada usia kehamilan 33-36 minggu akan merasakan sesak nafas. Dan ada tekanan dari rahim yang membesar di bawah diafragma (membatasi perut dan dada)

5) Sering kencing

Saat rahim membesar, saat kepala bayi turun ke rongga panggul itu menekan kandung kemih ibu.

6) Masalah tidur

Ketika perut membesar, bayi akan sering menendang-nendang di malam hari sehingga akan merasakan sulit untuk tidur.

7) Kontraksi perut

Braxton hicks (kontraksi palsu) yaitu sakit dibagian perut, ringan, tidak teratur, dan akan hilang apabila duduk dan istirahat.

3. Perubahan Psikologis Trimester III

Menurut Sulistyawati (2013:77) Perubahan psikologis pada kehamilan Trimester III, yaitu:

- 1) Perasaan tidak nyaman akan kembali, merasa tidak menarik.
- 2) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik selama persalinan, dan kekhawatiran akan keselamatan ibu.
- 3) Kekhawatiran terhadap kondisi fisik bayi saat lahir
- 4) Merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya.
- 5) Sensitivitas dan penurunan libido

4. Ketidaknyamanan Trimester III

Menurut Romauli (2011) Ketidaknyamanan ibu hamil pada Trimester III, yaitu :

- 1) Peningkatan Frekuensi berkemih

Peningkatan frekuensi buang air kecil disebabkan adanya tekanan pada rahim di bagian bawah janin yang menyebabkan tekanan pada kandung kemih, dan penurunan kapasitas kandung kemih menyebabkan peningkatan frekuensi buang air kecil (Manuaba, 2010)

- 2) Sakit punggung Atas dan Bawah

Peningkatan perut menyebabkan berat badan bergerak maju, yang menghasilkan tekanan saraf dan perubahan postural pada trimester ketiga kehamilan

- 3) Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan aktivitas metabolisme selama kehamilan meningkatkan karbon dioksida. Ventilasi yang berlebihan akan mengurangi karbon dioksida. Kesulitan bernapas karena kompresi diafragma oleh rahim yang membesar.

4) Oedema

Akibat peningkatan tekanan uterus pada vena cava pelvis saat duduk/berdiri dan pada vena cava inferior saat berbaring telentang, maka sirkulasi vena terganggu dan tekanan vena pada ekstremitas bawah meningkat. Suspended leg edema dapat terlihat pada pergelangan kaki dan harus dibedakan dari edema yang disebabkan oleh preeklamsia

5) Nyeri ulu hati

Penyebab :

- a. Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron.
- b. Penurunan motilitas gastrointestinal mungkin karena peningkatan progesteron dan tekanan uterus, dan relaksasi otot polos

6) Konstipasi

Rahim yang membesar akan menekan rektum dan usus kecil sehingga menyebabkan konstipasi. Konstipasi dapat memburuk karena kadar progesteron yang tinggi memperlambat pergerakan otot usus (Romauli, 2011).

7) Kesemutan dan baal pada jari

Perubahan pusat gravitasi menyebabkan wanita mengadopsi postur bahu terlalu jauh ke belakang, memberi tekanan pada aliran saraf median dan lengan, menyebabkan kesemutan dan mati rasa pada jari

8) Insomnia

Insomnia adalah ketidaknyamanan yang disebabkan oleh pembesaran rahim, gerakan janin, kekhawatiran dan kecemasan

5. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Menurut Romauli (2011:134-160). Semakin tuanya usia kehamilan, Kebutuhan fisik maupun psikologis ibu hamil yaitu sebagai berikut:

1. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

a. Oksigen

Oksigen adalah hal yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil hingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Konsul dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain.

b. Nutrisi

Nutrisi selama kehamilan harus ditingkatkan menjadi 300 kalori per hari. Ibu hamil harus makan lebih banyak protein dan makanan yang mengandung zat besi dan minum lebih banyak air (menu seimbang)

c. Kalori

Sumber kalori utama adalah karbohidrat dan lemak. Makanan yang banyak mengandung arang hidrat adalah nasi dan sereal (seperti beras dan jagung), umbi-umbian (seperti ubi jalar dan singkong), dan sagu.

d. Protein

Protein adalah zat utama yang menyusun jaringan tubuh manusia. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil dapat menyebabkan bayinya lebih kecil dari biasanya saat lahir. Sumber protein yang baik adalah susu. Sumber lain termasuk sumber protein hewani (seperti daging, ikan, unggas, telur, dan kacang-kacangan) dan sumber protein nabati (seperti kacang-kacangan, seperti kedelai, kacang tanah, kacang merah, tahu, dan tempe)

e. Mineral

Semua mineral dapat dipenuhi dengan mengonsumsi makanan sehari-hari, yaitu buah-buahan, sayuran, dan susu. Zat besi saja tidak dapat dipenuhi dengan makanan sehari-hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini, suplemen harian 30 mg zat besi seperti besi ferro, fumarat atau besi glukonat diperlukan. Pada wanita dengan kehamilan ganda atau anemia ringan, diperlukan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya dipenuhi dengan minum susu. Satu liter susu mengandung sekitar 0,9 gram kalsium

f. Vitamin

Vitamin sebenarnya dilengkapi melalui makanan buah dan sayuran, tetapi mereka juga dapat dilengkapi dengan vitamin tambahan. Mengonsumsi asam folat telah terbukti mencegah cacat lahir pada bayi.

2. Kebutuhan Personal Higiene

Kebersihan harus dijaga selama kehamilan. Disarankan untuk mandi minimal dua kali sehari, karena ibu hamil cenderung banyak berkeringat dan menjaga kebersihan diri, terutama lipatan kulit (ketiak, bawah payudara, area genital). Gigi dan kebersihan mulut membutuhkan perhatian, karena gigi berlubang sering mungkin terjadi, terutama pada ibu kekurangan kalsium

3. Kebutuhan Eliminasi

Sembelit dan sering buang air kecil merupakan keluhan yang sering dialami ibu hamil terkait dengan ekskresi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan yang kaya serat dan banyak minum air putih, terutama saat perut kosong. Minum air hangat saat kosong dapat merangsang peristaltik usus. Jika ibu memiliki keinginan itu, dia harus segera buang air besar untuk menghindari sembelit. Sering buang air kecil adalah sensasi utama ibu hamil, terutama pada trimester pertama dan ketiga, itu adalah kondisi fisiologis

4. Kebutuhan Seksual

Selama kehamilan normal, hubungan seksual diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli percaya bahwa yang terbaik adalah tidak melakukan hubungan seksual dalam waktu 14 hari sebelum kelahiran. Jika terjadi perdarahan pervaginam, riwayat keguguran berulang, keguguran/bayi prematur, ketuban pecah dini, hubungan seksual tidak diperbolehkan

5. Kebutuhan Mobilisasi

Ibu hamil dapat melakukan aktivitas fisik atau aktivitas normal selama tidak terlalu lelah. Anda dapat mendorong ibu hamil untuk melakukan pekerjaan rumah tangga secara berirama dengan menghindari olahraga berat, sehingga mengurangi stres fisik dan menghindari kelelahan

a. Istirahat

Anjurkan ibu hamil untuk merencanakan istirahat secara teratur, karena dapat meningkatkan kesehatan fisik dan mental serta kondusif bagi perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidurlah sekitar 8 jam di malam hari dan rileks selama 1 jam di siang hari

b. Persiapan persalinan

Saat mempersiapkan persalinan, membuat rencana pengambilan keputusan darurat dalam proses pengambilan keputusan utama, menyiapkan sistem transportasi dalam situasi darurat, mengembangkan rencana atau modal tabungan, dan menyiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan

c. Memantau kesejahteraan janin

Pemantauan gerakan janin minimal dilakukan selama 12 jam, dan pergerakan janin selama 12 jam adalah minimal 10 kali gerakan janin yang dirasakan oleh ibu hamil.

6. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

a. Dukungan Keluarga

Tugas keluarga yang saling melengkapi dan menghindari konflik adalah bagaimana pasangan merencanakan kedatangan anak, mencari informasi bagaimana menjadi ibu dan ayah, dan bagaimana suami mempersiapkan peran sebagai kepala keluarga. Dorong pasangan dan anggota keluarga untuk membantu meringankan ketidaknyamanan dan menghindari stres psikologis.

b. Dukungan dari Tenaga Kesehatan

Peran bidan dalam perubahan dan penyesuaian psikologis adalah memberikan dukungan atau dukungan moral kepada klien untuk memastikan bahwa klien dapat mengatasi kehamilan dan perubahan yang dia yakini normal.

c. Rasa aman dan nyaman selama hamil

Kebutuhan pertama ialah ia merasa dicintai dan dihargai, kebutuhan kedua ialah ia merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak.

d. Persiapan menjadi orang tua

Salah satu persiapan bagi orang tua dapat dilakukan melalui kelas pendidikan fertilitas/kelas prenatal.

7. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Romauli (2011:202) tanda bahaya dapat terjadi pada ibu hamil trimester III, yaitu:

1) Perdarahan pervaginam

Pendarahan setelah kehamilan 22 minggu sampai bayi lahir disebut pendarahan akhir kehamilan atau pendarahan prenatal.

2) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah solusio plasenta yang biasanya ditemukan di dalam rahim sebelum janin lahir. Biasanya terjadi pada trimester ketiga, meskipun dapat juga terjadi kapan saja selama kehamilan. Ketika plasenta benar-benar terpisah, itu disebut solusio plasenta total. Jika hanya sebagian saja disebut abrupsi plasenta parsial atau hanya sebagian kecil lepasnya plasenta. Pemisahan marginal plasenta disebut ruptur sinus marginal.

3) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta dengan posisi abnormal, yaitu bagian bawah rahim menutupi sebagian atau seluruhnya pembukaan jalan lahir. Dalam keadaan normal, plasenta terletak di bagian atas rahim

4) Keluar cairan pervaginam

Keputihan selama kehamilan adalah kemungkinan kelahiran prematur. Jika sekretnya berupa lendir bercampur darah, dan mungkin disertai rasa panas di dada, persalinan dapat dimulai lebih awal. Dan jika keluar dalam bentuk cairan, perlu diperhatikan munculnya ketuban pecah dini (KPD). Saat menentukan diagnosis KPD, harus diverifikasi apakah cairan yang keluar adalah cairan ketuban. Pengujian dilakukan dengan menggunakan spekulum untuk melihat sumber cairan dan kemudian memeriksa respon pH basa.

5) Gerakan janin tidak terasa

Jika ibu hamil tidak merasakan gerakan janin setelah 22 minggu kehamilan atau persalinan, maka waspadai kemungkinan gawat janin dalam kandungan atau bahkan kematian janin. Pengurangan atau bahkan kurangnya gerakan janin dapat menyebabkan solusio plasenta dan ruptur uteri.

6) Nyeri perut yang hebat

Nyeri perut mungkin merupakan tanda persalinan prematur, ruptur uteri, dan solusio plasenta. Nyeri perut yang parah dapat terjadi ketika rahim pecah dengan syok, perdarahan intra-abdomen dan/atau vagina, kontur rahim yang abnormal, gawat janin, atau kurangnya denyut jantung janin.

7) Keluar air ketuban sebelum waktunya

Setelah kehamilan 22 minggu dikeluarkan dari vagina berupa air, jika ketuban pecah dini sebelum proses persalinan maka ketuban dinyatakan pecah sebelum waktunya. Ketuban pecah dapat terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu atau pada persalinan prematur selama kehamilan penuh

B. Konsep dasar asuhan Persalinan

1. Definisi persalinan

Persalinan atau kelahiran normal yaitu proses pengeluaran janin dari kehamilan yang sudah cukup bulan atau usia 37 – 42 minggu dengan spontan tanpa bantuan apapun. (Setyorini, 2013).

2. Factor penyebab dimulainya persalinan

Menurut (setyorini, 2013) factor penyebab dimulainya persalinan adalah :

1) Hormonal

a. Penurunan hormonal estrogen dan prostaglandin

Pada satu sampai dua minggu terjadi penurunan hormon estrogen dan progesteron. Yang diketahui progesteron berfungsi sebagai otot relaksasi otot polos, sehingga aliran darah menurun dan menyebabkan pengeluaran prostaglandin yang dapat merangsang dilepasnya oksitosin, factor iniyang menyebabkan kontraksi uterus.

b. Meningkatnya hormone oksitosin

Pada masa akhir kehamilan terjadi peningkatan hormone oksitosin sehingga dapat menimbulkan his.

2) Faktor syaraf

Terjadinya pembesaran janin dan masuknya janin ke panggul sehingga akan menekan dan menggesek ganglion servikalis yang dapat menimbulkan kontraksi uterus.

3) Faktor otot - otot

Perubahan pada otot rahim yang akan meregang bersamaan dengan majunya kehamilan dikarenakan pertambahan berat dari badan bayi, volume air ketuban dan plasenta sehingga timbul kontraksi untuk mengeluarkannya.

4) Faktor kekuatan plasenta

Plasenta yang mengalami degenerasi karena perubahan pada villi corialis sehingga terjadi penurunan hormon estrogen dan progesteron.

5) Factor janin

Pada hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin sangat berpengaruh peranannya dalam proses persalinan, oleh karena itu pada anencepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

3. Teori proses persalinan

Menurut (indrayani & djani, 2016) macam – macam teori persalinan adalah sebagai berikut :

1) Teori keregangan

Otot rahim memiliki kemampuan untuk meregang dalam batas waktu tertentu, setelah melebihi batas tersebut maka akan terjadi kontraksi yang dapat memicu persalinan.

2) Teori penurunan progesterone

Proses menuanya plasenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu, akibat terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Sehingga produksi penurunan progesterone terjadi dan otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin mengakibatkan otot rahim mulai berkontraksi ketika terjadi penurunan tertentu pada progesterone.

3) Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar hipofisis pars posterior, perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi Braxton hicks. Dengan menurunnya kontraksi progesterone akibat kehamilan yang sudah tua maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas sehingga persalinan dapat dimulai.

4) Teori prostaglandin

Kadar prostaglandin meningkat dimulai sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Apabila peningkatan prostaglandin berlebihan terjadi saat hamil menimbulkan kontraksi uterus sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan karena prostaglandin diketahui dapat memicu terjadinya persalinan.

5) Teori hipotalamus pituitary ,glandula suprenalis

Pada kehamilan ansepalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus, kemudian dilakukan induksi dengan pemberian kortokosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin,tindakan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus dan pituitary dengan mulainya persalinan, sedangkan glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

6) Teori kekurangan nutrisi

Teori ini pertama dikemukakan oleh hipocratez, dimana dikemukakan apabila nutrisi janin terjadi pengurangan atau ketidaksesuaian maka secara alamiah hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

7) Teori plasenta menjadi tua

Semakin tuanya plasenta maka akan terjadi penurunan kadar estrogen dan progesterone yang berakibat pada kontriksi pembuluh darah sehingga uterus berkontraksi yang mengakibatkan peneluran janin atau terjadinya persalinan.

8) Teori iritasi mekanik

Secara anatomi dibagian belakang serviks terdapat ganglion servikale (fleksus frankenhauser). Apabila terjadi penurunan pada bagian terendah janin maka menekan dan menggeser ganglion serviks sehingga menyebabkan kontraksi dan memicu terjadinya persalinan.

4. Tanda dan gejala mulainya proses persalinan

Persalinan semu terjadi pada beberapa minggu sebelum ada tanda-tanda persalinan, adanya kontraksi palsu (Braxton hicks), dapat dibedakan persalinan sesungguhnya dengan persalinan semu dapat dipahami dengan tanda-tanda sebagai berikut :

1) Tanda - tanda palsu

- a. Waktu his tidak teratur
- b. Frekuensi his tidak meningkat
- c. Rasa nyeri saat kontraksi pada bagian depan
- d. Frekuensi his tidak meningkat walau sudah jalan-jalan
- e. Tidak ada hubungan antara pengerasan uterus saat his dengan rasa nyeri
- f. Tidak keluar lendir bercampur darah
- g. Tidak ada perubahan pada serviks

- h. Presentasi janin tidak mengalami penurunan
- i. Pemberian obat penenang akan menghentikan rasa sakit dari persalinan palsu

2) Tanda - tanda pasti

- a. Waktu his teratur
- b. Frekuensi his semakin meningkat, baik durasi maupun intensitasnya
- c. Rasa nyeri saat kontraksi dari belakang ke bagian depan
- d. His meningkat saat dibawa jalan-jalan
- e. Ada hubungan antara pengerasan uterus saat his dengan rasa nyeri
- f. Terdapat pengeluaran lendir bercampur darah
- g. Serviks mengalami perubahan dari lunak, menipis dan dilatasi
- h. Presentasi janin mengalami penurunan
- i. Pemberian obat penenang tidak dapat menghentikan proses persalinan

5. Factor – factor yang mempengaruhi persalinan

Menurut (Marmi, 2016), factor-factor penting dalam persalinan adalah :

1) Isi kehamilan (passenger)

Passanger dalam persalinan meliputi janin, air ketuban dan plasenta. Yang perlu diperhatikan pada janin yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Pada air ketuban diperhatikan jumlah dan warna air ketuban. Sedangkan yang perlu diperhatikan adalah letak, besar, dan luasnya.

2) Jalan lahir (passage)

Panggul ibu merupakan dari bagian jalan lahir karena menunjang keluarnya bayi. Jalan lahir terjadinya menjadi 2 bagian yaitu lunak dan keras. Pada bagian jaringan lunak yang perlu diperhatikan yaitu otot - otot, jaringan - jaringan, dan ligament-ligament. Sedangkan pada jalan lahir keras yaitu tulang padat atau tulang panggul (rangka panggul). Ketika proses persalinan setelah janin harus berhasil

menyesuaikan posisi terhadap jalan lahir kaku, sehingga yang harus diperhatikan terhadap jalan lahir yaitu ukuran dan bentuk panggul (asrinah dkk, 2010)

3) Kekuatan (power)

Power atau kekuatan adalah kekuatan mendorong untuk mengeluarkan janin. Kekuatan yang mendorong janin untuk mengeluarkan selama persalinan adalah kekuatannya sendiri, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan kekuatan ligamen. His atau kontraksi uterus adalah kekuatan yang terjadi secara teratur dan bertahap hingga dapat membuka serviks sehingga janin dapat melewati jalan lahir begitu juga dengan tenaga meneran yaitu untuk mendorong bayi untuk keluar dari rahim. Pembagian his pada proses persalinan yaitu hispendahuluan menyebabkan keluarnya lendir darah, his tidak teratur, tidak kuat, kala I untuk pembukaan serviks, semakin kuat, tidak teratur dan sakit, kala II his digunakan untuk pengeluaran janin, bersifat sangat kuat, dan teratur, pada kala III his digunakan untuk pelepasan dan melahirkan plasenta, bersifat sedang, dan his pada kala IV digunakan untuk pncecilan rahim, bersifat lema, sedikit nyeri. His pada persalinan dihitung dalam waktu yang biasa permenit atau per 10 menit, dengan durasi perdetik, intensitas his adekuat atau lemah, sering atau jarang, dan diperhatikan pula waktu atau jarak antar his. Kelainan his dapat mengakibatkan kondisi seperti inersia uteri yang disebabkan karena his lemah, pendek, dan jarang sejak awal proses persalinan ataupun pada saat berlangsungnya dan dapat terjadi titania uteri yang di sebabkan karena his terlalu kuat dan sering sehingga tidak ada waktu untuk relaksasi dapat menyebabkan asfiksia maupun persalinan presipitatus.

4) Psychology (psikologi)

Perubahan psikologi dapat mempengaruhi proses persalinan ibu, pada proses persalinan ibu mengalami kecemasan yang mengakibatkan hormone seks seperti bandarpin, cortisol, epinephrine, dan adenocorticotropin sehingga mempengaruhi otot-otot halus uterus yang berdampak pada penurunan kontraksi, apabila ibu mengalami kegelisahan atau ketakutan dan respon endokrin maka akan mengakibatkan penurunan glukosa sehingga menghambat aktivitas myometrium dan kontraksi menjadi lemah, sehingga pembukaan serviks terjadi dengan lambat sehingga mengakibatkan terjadinya persalinan lama. Saat menjelang persalinan banyak ibu yang merasa cemas, tegang, dan takut mengakibatkan tubuh mengalami detak jantung meningkat, pernapasan pendek, tubuh berkeringat, dan panca indra yang menunjukkan kewaspadaan ibu, dalam kondisi ibu yang stres memicu produksi hormone katekolamin dan melawan hormone oksitosin sehingga kontraksi menjadi lambat, namun hormone non adrenalin yang didalam katekolamin berguna untuk memicu reflek ejeksi janin sehingga persalinan lancar, dan menaikkan aktivitas yang membuat ibu nyaman dan siap dengan perubahannya saat ini.

5) Penolong

Penolong adalah pemantau, memberikan motivasi dan juga kenyamanan pada ibu sehingga persalinan berjalan dengan baik.

6) Posisi

Posisi dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Pada perubahan posisi pada ibu bertujuan mengurangi rasa letih, memberi kenyamanan dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (seperti : posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok) dapat memberi beberapa manfaat, salah satunya yaitu memungkinkan gaya gravitasi untuk membantu penurunan janin. Selain itu posisi ini dapat mengurangi kejadian penekanan pada tali pusat.

6. Mekanisme persalinan

1) Engagement

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida terjadi pada awal persalinan. Engagement adalah peristiwa ketika diameter biparetal (jarak antara dua paretal) melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang atau oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam antero posterior. Jika kepala masuk ke dalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke simfisis maka ini disebut dengan asinklitismus.

2) Penurunan kepala

- a. Dimulai sebelum persalinan/infartu, penurunan kepala terjadi secara bersamaan dengan mekanisme lainnya.
- b. Kekuatan yang mendukung

Tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus ada bokong, kontraksi otot-otot abdomen, ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.

3) Fleksi

- a. Gerakan fleksi disebabkan karena janin didorong maju tetapi kepala janin terhambat oleh serviks, dinding panggul dan dasar panggul.
- b. Kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksiput frontalis 12cm berubah menjadi suboksiput bregmatika 9 cm

- c. Posisi dagu bergeser ke arah dada janin
- d. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba dari pada ubun-ubun besar.

4) Rotasi dalam (putaran paksi dalam)

- a. Rotasi dalam atau putaran paksi dalam

Yaitu pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai di bawah simpisis. Presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati hodge II (setinggi spina) atau setelah di dasar panggul, pada pemeriksaan ubun-ubun kecil mengarah ke jam 12.

- b. Sebab-sebab adanya putaran paksi dalam yaitu :

Bagian terendah kepala adalah bagian belakang kepala pada letak fleksi, bagian belakang kepala mencari tahanan yang paling sedikit yang disebelahdepan yaitu hiatus genitalis.

5) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala, ini disebabkan karena jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, hingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesaknya ke bawah dan satunya disebabkan oleh tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah suboksiput tertahan pada pinggir bawah simpisis akan maju karena kekuatan tersebut di atas bagian yang berhadapan dengan suboksiput, maka lahirlah berturut-

turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.

6) Rotasi luar (putaran paksi luar)

Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar dipengaruhi oleh faktor-faktor panggul yaitu :

- a. Gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala menghadap dengan tuber ischiadikum kanan dan kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Ubun-ubun kecil pada mulanya disebelah kiri maka ubun-ubun kecil berputar ke arah kiri, bila pada mulanya ubun-ubun kecil disebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan.
- b. Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar ini menjadikan diameter biakromial janin searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dimana satu bahu di anterior di belakang simpisis dan bahu satunya dibagian posterior di belakang perineum
- c. Sutura sagitalis kembali melintang

7) Ekspulsi

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang, kemudian kedua bahu lahir disusul dengan lahirnya trochanter depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya. gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang dan seluruhnya.

7. Tahapan Persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala , yaitu :

1) Kala I (pembukaan jalan lahir)

Kala I persalinan dimulai bila timbul his sehingga terjadi pembukaan serviks atau berdilatasi mencapai pembukaan lengkap yaitu 10 cm. pada kala I his belum terlalu kuat sehingga ibu masih kooperatif .

kala I dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

- a. fase laten, yaitu pembukaan dan penipisan serviks hingga mencapai 3 cm lamanya kurang lebih 8 jam.
- b. Fase aktif, yaitu pembukaan selama kurang lebih 6 jam dan dibagi menjadi 3 fase :
 - Fase akselerasi, pembukaan 3 menjadi 4 berlangsung 2 jam
 - Fase dilatasi maksimal atau kemajuan maksimal pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm selama 2 jam
 - Fase deselerasi, berlangsung lambat pembukaan dari 9 cm ke 10 cm dalam waktu 2 jam

Proses diatas terjadi pada primigravida. Pada multigravida berbeda pada fase laten, fase aktif dan fase deselerasi yang menjadi lebih pendek jangka waktunya. Menurut friedman & sachtleben (1963) menyatakan pada pembukaan serviks pada perempuan primipara dipengaruhi oleh penurunan kepala janin melalui pelvis, berlangsung kurang lebih 20 jam. Pada multipara berlangsung selama kurang lebih 14 jam (indrayani & djami, 2016)

2) Kala II (pengeluaran)

Kala II atau disebut juga dengan kala pengeluaran janin. Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah mencapai 10 cm (lengkap) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Pada kala ini timbul rasa ingin meneran pada ibu saat kontraksi, ada peningkatan tekanan pada rectum dan perineum menonjol, dan

peningkatan pengeluaran lender yang bercampur darah karena pada masa ini kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga penekanan di otot – otot dasar panggul dan menimbulkan reflek rasa ingin meneran. Saat his datang akan mendorong bagian kepala janin, kemudian disusul seluruh badan janin. Kala II berlangsung selama kurang lebih 2 jam pada primiparadan 1 jam pada multipara (indrayani & djami, 2016).

3) Kala III (kala uri)

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Pada kelahiran plasenta ada dua tahapan yaitu :

- a. Lepasnya plasenta dari dinding uterus menuju bawah rahim atau vagina dan terjadi dalam waktu 5 menit terakhir kala II
- b. Terjadinya pengeluaran plasenta dengan lengkap dari jalan lahir

Proses kala III dalam pelaksanaannya dengan manajemen aktif kala III (MAK III),MAK III ada tiga langkah yaitu dilakukan pemberian oksitosin menit pertama setelah bayi lahir,melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan melakukan pijatan/massage pada fundus uteri.

4) Kala IV (2 jam setelah melahirkan)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum. Kala ini tujuan untuk melakukan observasi akibat perdarahan waktu ini merupakan waktu yang sering terjadi perdarahan, terdapat beberapa sebab kehilangan darah saat persalinan, biasanya karena luka saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum, rata - rata jumlah perdarahan yang normal yaitu 250 cc atau 100 cc sampai 300 cc. jika lebih dari 500 cc sudah tidak normal, maka harus dicari penyebabnya. Ada tujuh pokok penting pada kala IV yaitu kontraksi rahim, perdarahan, kandung kemih, luka jalan lahir, plasenta dan selaput ketuban harus

dengan keadaan lengkap, keadaan ibu (tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi) dan keadaan bayi dengan kondisi baik.

8. Kebutuhan dasar selama persalinan

1) Makan dan minum per oral.

Pemberian makanan pada pasien yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumonia. Dikarenakan pada proses persalinan, motilitas lambung; absorpsi lambung; dan sekresi asam lambung menurun. Sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu pada pasien sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalornya akan tetap terpenuhi.

2) Akses intravena

Akses intravena adalah tindakan pemasangan infus pada pasien. Kebijakan ini diambil dengan pertimbangan sebagai jalur obat, cairan, darah untuk mempertahankan keselamatan jiwa sewaktu-waktu terjadi keadaan darurat dan untuk mempertahankan suplai cairan bagi pasien

3) Posisi dan ambulasi

Posisi yang nyaman sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok.

4) Eliminasi selama persalinan (BAB atau BAK)

a. Buang Air Kecil (BAK)

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika pasien masih berada dalam awal kala I, ambulansi dengan berjalan seperti aktivitas ke toilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini merupakan keuntungan tersendiri untuk kemajuan persalinannya.

b. Buang Air Besar (BAB)

Pasien akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir akan lebih mendominasi dari pada perasaan tidak nyaman, hal ini terjadi karena pasien tidak tau mengenai caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhannya ini. Dalam kondisi ini penting bagi keluarga dan bidan untuk menunjukkan respon yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan meyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu merasa risih atau sungkan untuk melakukannya. (Sulistyawati, 2013)

9. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I fase aktif pada persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks pada pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan partus lama.

3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan persalinan, bahan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semuanya dicatat.

4) Secara rinci pada status atau rekam medic ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk :

- a. Mencatat kemajuan persalinan.
- b. Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
- c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
- e. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

Partograf mengintruksikan observasi dimulai fase aktif persalinan dan menyediakan lajur kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan.

- 1) Informasi tentang ibu (nama, umur, gravida, partus, abortus atau keguguran, nomor rekam medic, tanggal dan waktu, waktu pecah ketuban)
- 2) Kondisi janin (DJJ, warna dan air ketuban, penyusupan (molage) kepala janin.
- 3) Kemajuan persalinan (pembukaan serviks, penurunan bagian terendah atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak).

- 4) Jam dan waktu (waktu mulainya fase aktif persalinan,waktu actual saat persalinan dan penilaian)
- 5) Kontraksi uterus (frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi dalam detik).
- 6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan
- 7) Kondisi ibu (nadi, tekanan darah, dan temperature suhu,urin.(prawirohardjo, 2016)

C. Kemajuan persalinan

Kemajuan persalinan adalah keadaan dimana terjadinya dilatasi serviks yang biasanya dapat diukur dengan jari (1 jari sama dengan 1 cm). kemajuan persalinan ditandai dengan meningkatnya *effacement* dan dilatasi cerviks yang diketahui melalui pemeriksaan dalam. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam sekali atau apabila ada indikasi (meningkatnya frekuensi dan durasi serta intensitas kontraksi, dan ada tanda gejala kala II). Selain *effacement* dan dilatasi cerviks, kemajuan persalinan dapat dinilai dari penurunan, fleksi, dan rotasi kepala janin. Penurunan kepala dapat diketahui dengan pemeriksaan abdomen (palpasi) dan atau pemeriksaan dalam.

1. Persalinan kala I

Kala I persalinan dimulai saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi menjadi 2 fase, fase laten 8 jam dari serviks membuka sampai 4 cm dan fase aktif 7 jam dari 4 cm sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering saat fase aktif (Prawirohardjo, 2014).

Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung selama 12 jam, sedangkan untuk multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm perjam dan

pembukaan multigravida 2 cm perjam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Sulistyawati, 2012).

a. Fase laten pada kala I persalinan

Fase laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga ketitik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3 cm sampai 4 cm atau permulaan fase aktif. Selama fase laten bagian presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali (Varney. 2007).

Ciri ciri fase laten yaitu:

- 1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Dimulai dari adanya pembukaan sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm atau serviks membuka kurang dari 4 cm
- 3) Pada umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam (Indriyani 2016)

Kontraksi menjadi lebih stabil selama fase laten seiring dengan peningkatan frekuensi, durasi, dan intensitas dari mulai terjadi setiap 10 sampai 20 menit, berlangsung 15 sampai 20 detik, dengan intensitas ringan hingga kontraksi dengan intensitas sedang, pada puncak kontraksi dari tonus uterus yang terjadi setiap lima sampai tujuh menit dan berlangsung 30 sampai 40 detik (Varney. 2007).

b. Fase aktif pada kala I persalinan

Fase aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi komplit dan mencakupi pembukaan lengkap. Pembukaan umumnya dimulai dari 3 cm sampai 4 cm(atau pada akhir fase laten) hingga 10 cm (akhir kala I persalinan). penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala II persalinan (Varney. 2007).

Ciri – ciri fase aktif yaitu :

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
- 2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm perjam (primipara) atau lebih dari 1 cm atau 2 cm (multipara)
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.
- 4) Pada umumnya fase aktif berlangsung hampir atau hingga 7 jam

Menurut Freidman, fase percepatan atau akselerasi memulai fase aktif persalinan dan mengarah ke fase dilatasi maksimal. Fase dilatasi maksimal adalah waktu ketika pembukaan serviks terjadi paling cepat dan meningkat dari 3 cm sampai 4 cm ke 8 cm. Pada kondisi normal kecepatan pembukaan konstan, rata-rata 3 cm per jam, dengan kecepatan minimal 1,2 cm per jam pada primigravida. Pada multigravida kecepatan rata-rata pembukaan selama fase dilatasi maksimal 5,7 cm perjam dengan kecepatan minimal 1,5 cm per jam. Fase perlambatan atau deselerasi adalah akhir fase aktif. Selama waktu ini, kecepatan pembukaan melambat dan serviks mencapai pembukaan dari 9 ke 10 cm sementara penurunan mencapai kecepatan maksimumnya. Kecepatan maksimum penurunan rata-rata pada primigravida 1,6 cm per jam dan normalnya paling sedikit 1 cm perjam, sedangkan pada multigravida kecepatan penurunan rata-rata 5,4 cm per jam, dengan kecepatan minimal 2,1 cm perjam (Varney, 2007). Kontraksi uterus bertanggung jawab terhadap penipisan dan pembukaan serviks serta pengeluaran bayi dalam persalinan. Kontraksi ini bersifat involunter yang bekerja dibawah kontrol saraf dan bersifat intermitten yang memberikan keuntungan berupa adanya periode istirahat/relaksasi diantara dua kontraksi. Kontraksi berawal dari fundus pada salah

satu kornu, kemudian menyebar kesamping dan kebawah. Kontraksi terbesar dan terlama adalah di bagian fundus. Namun pada puncak kontraksi dapat mencapai seluruh bagian uterus. Pada awal persalinan kontraksi uterus berlangsung setiap 15-20 menit selama 30 detik dan diakhir kala I setiap 2-3 menit selama 50-60 detik dengan intensitas yang sangat kuat. Selama persalinan aktif uterus berubah menjadi dua bagian yang berbeda, segmen atas uterus yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan maju. Segmen bawah uterus dan serviks relatif pasif dibanding dengan segmen atas dan bagian ini berkembang menjadi jalan yang berdinding jauh lebih tipis untuk janin. Cincin retraksi terbentuk pada sambungan segmen bawah dan atas uterus. Segmen bawah rahim terbentuk secara bertahap ketika kehamilan bertambah tua dan kemudian menipis sekali pada saat persalinan. (Indrayani, 2016)

Munculnya kontraksi persalinan juga yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan pembukaan serviks lengkap. Ada dua proses fisiologis utama yang terjadi pada serviks:

- 1) Pendataran serviks disebut juga penipisan serviks adalah pemendekan saluran serviks dari 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hamper setipis kertas. Proses ini terjadi dari atas kebawah sebagai hasil dari aktivitas miometrium. Serabut-serabut otot setinggi ostium serviks internum ditarik keatas dan dipendekkan menuju segmen bawah uterus, sementara ostium eksternum tidak berubah.

- 2) Pembukaan serviks, pembukaan terjadi sebagai akibat dari kontraksi uterus serta tekanan yang berlawanan dari kantong membran dan bagian bawah janin, kepala janin saat fleksi akan membantu pembukaan yang efisien. Pada primigravida pembukaan didahului oleh pendataran serviks, sedangkan pada multigravida pembukaan serviks dapat terjadi bersamaan dengan pendataran. (Indrayani, 2016)

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaan). Bagian di atas simfisi adalah proporsi yang belum masuk pintu atas panggul dan sisanya (tidak teraba) menunjukkan sejauh mana bagian terbawah janin telah masuk kedalam rongga panggul.

Penurunan bagian terbawah janin dengan perlimaan adalah :

- a) 5/5: Jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
- b) 4/5: Jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul (PAP)
- c) 3/5: Jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- d) 2/5: Jikahanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakan)
- e) 1/5: Jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah turun ke rongga panggul.
- f) 0/5: Bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (Indrayani: 2016)

2. Pemantauan kesejahteraan ibu

Kesejahteraan ibu selama proses persalinan harus selalu dipantau, karena reaksi ibu terhadap persalinan dapat bervariasi. Pemantauan kesejahteraan ibu selama kala 1 disesuaikan dengan tahapan persalinan yang sedang dilaluinya, apakah ibu sedang dalam fase aktif ataukah masih dalam fase laten persalinan. Pemantauan meliputi: frekuensi nadi, suhu tubuh, tekanan darah, urinalisis, keseimbangan cairan, pemeriksaan abdomen, dan pemeriksaan jalan lahir.

1) Frekuensi nadi

Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu, Frekuensi nadi normal berkisar antara 60-90 kali per menit. Apabila frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 kali denyutan per menit, maka hal tersebut dapat mengindikasikan adanya kecemasan yang berlebih, nyeri, infeksi, ketosis dan atau perdarahan. Frekuensi nadi pada kala 1 fase laten dihitung setiap 1 – 2 jam sekali, dan pada kala 1 fase aktif setiap 30 menit.

2) Suhu Tubuh

Suhu tubuh ibu selama proses persalinan harus dijaga agar tetap dalam kondisi normal ($36,5^{\circ}$ - $37,5^{\circ}$ C). Apabila terjadi pireksia, maka dapat menjadi indikator terjadinya infeksi, ketosis, dehidrasi, atau dapat juga berkaitan dengan analgesia epidural. Pada proses persalinan normal, pemeriksaan suhu tubuh ibu pada kala 1 (fase laten dan fase aktif), dilakukan setiap 4 jam sekali.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah merupakan pemeriksaan yang sangat penting dilakukan karena berhubungan dengan fungsi jantung, sehingga tekanan darah harus dipantau dengan sangat cermat, terutama setelah diberikan anestesi spinal atau epidural. Tekanan darah normal pada ibu bersalin cenderung mengalami sedikit kenaikan dari tekanan darah sebelum proses persalinan, berkaitan dengan adanya his. Pada

kondisi normal, tekanan darah selama kala 1 (fase laten dan fase aktif), diukur setiap 2-4 jam sekali.

4) Urinalisis

Urin yang dikeluarkan selama proses persalinan harus dipantau, meliputi: volume, glukosa urin, keton dan protein.

5) Keseimbangan Cairan

Keseimbangan cairan dipantau untuk memastikan metabolisme dalam tubuh ibu selama proses persalinan berjalan dengan baik. Keseimbangan cairan meliputi kesesuaian antara cairan yang masuk (oral dan atau intra vena) dan cairan yang keluar (keringat dan urin). Semua urin yang keluar harus dicatat dengan baik, untuk memastikan bahwa kandung kemih benar-benar dikosongkan. Apabila diberikan cairan intra vena, harus dicatat dengan akurat. Yang menjadi catatan penting adalah berapa banyak cairan yang tersisa jika kantong infuse diganti dan hanya sebagian yang digunakan.

6) Pemeriksaan Abdomen

Pemeriksaan abdomen lengkap dilakukan pertama kali saat ibu datang ke bidan, meliputi: bagian-bagian janin, penurunan kepala, dan his/kontraksi. Pemeriksaan abdomen dilakukan berulang kali pada interval tertentu selama kala 1 persalinan untuk mengkaji his dan penurunan kepala.

Pemeriksaan his/kontraksi meliputi: frekuensi, lama, dan kekuatan kontraksi harus dicatat dengan baik. Saat kontraksi uterus dimulai, nyeri tidak akan terjadi selama beberapa detik dan akan hilang kembali di akhir kontraksi. Untuk itu, pada pemeriksaan kontraksi, tangan bidan tetap berada di perut ibu selama jangka waktu tertentu (10 menit). Penurunan bagian terendah janin (presentasi) pada kala 1 persalinan, hampir selalu dapat diraba dengan palpasi abdomen. Hasil

pemeriksaan dicatat dengan bagian per lima-an (ke-lima tangan pemeriksa), yang masih dapat dipalpasi di atas pelvis.

Pada ibu primipara, kepala janin biasanya mengalami engagement sebelum persalinan dimulai. Jika tidak demikian, tinggi kepala harus diperkirakan dengan sering melalui palpasi abdomen untuk mengobservasi apakah kepala janin akan dapat melewati pintu atas panggul dengan bantuan kontraksi yang baik atau tidak. Setelah kepala mengalami engagement, tonjolan oksipital sekalipun sulit masih bisa diraba dari atas, tetapi sinsiput masih dapat dipalpasi akibat adanya fleksi kepala sampai oksiput menyentuh dasar pelvis dan berotasi ke depan.

7) Pemeriksaan Jalan lahir

Pemeriksaan jalan lahir (pemeriksaan dalam) bertujuan untuk mengetahui kemajuan persalinan yang meliputi: effacement dan dilatasi cerviks, serta penurunan, fleksi dan rotasi kepala janin. Sesuai *evidence based practice*, tidak ada rekomendasi tentang waktu dan frekuensi dilakukannya pemeriksaan dalam selama persalinan. Tetapi intervensi ini dapat menimbulkan distress pada ibu, sehingga pemeriksaan dalam dilakukan berdasarkan indikasi (his, tanda gejala kala 2, dan pecah ketuban) dan atau dilakukan setiap 4 jam sekali. Semua hasil pemeriksaan harus dicatat dengan baik.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemajuan persalinan

1) Posisi janin

Posisi janin adalah posisi terbaik yang dapat membuatnya melalui atau melewati panggul yaitu dengan kepala di bawah dan dengan wajah menghadap ke arah tulang belakang atau disebut posisi anterior. Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, untuk mengusahakan agar posisi janin ibu adalah posisi yang terbaik, yaitu dengan menghindari berbaring telentang, saat bersantai, pilihlah untuk mengatur posisi

yang condong ke depan seperti posisi duduk di bola persalinan dengan kaki terpisah.

Saat beristirahat atau tidur, berbaring miring.

2) Posisi tubuh ibu

Ketika kontraksi mulai, pilih posisi yang meningkatkan kenyamanan, kebebasan melakukan pergerakan dan perubahan posisi sering dapat membantu bayi memilih posisi yang paling optimal untuk lahir. Posisi tegak memungkinkan ibu untuk menggunakan gaya gravitasi untuk membantu gerakan si bayi ke bawah.

3) Dukungan dan bantuan

Partisipasi aktif dari pasangan, keluarga, bidan adalah cara lain untuk mendukung kelancaran proses persalinan. Menunjukkan bahwa kehadiran orang yang mendukung dikaitkan dengan manfaat positif saat melahirkan, termasuk persalinan lebih pendek, menggunakan lebih sedikit obat nyeri atau epidural, bedah sesar lebih sedikit, dan keberhasilan menyusui lebih tinggi. Sentuhan juga dapat membantu kemajuan persalinan. Sentuhan ini dapat dilakukan dalam berbagai bentuk memberikan tekanan lembut pada punggung dan pinggul dapat membantu mengurangi rasa sakit, pijat untuk meningkatkan relaksasi, akupresur untuk mengurangi rasa sakit atau meningkatkan kontraksi agar lebih efektif, dan menghilangkan rasa sakit. Dukungan inipun bisa saja sebuah tindakan yang sangat sederhana seperti memegang tangan ibu bersalin untuk memberi dukungan.

4) Teknik non farmakologis

Teknik non farmakologis yaitu seperti pijat endorphen ,teknik relaksasi terapi kompres hangat dan teknik rebozo yang dapat memberikan ruang pelvis lebih luas untuk ibu sehingga bayi lebih mudah menuruni panggul.

4. Faktor yang menghambat kemajuan persalinan

- 1) Pembatasan gerak, seperti ibu yang dibatasi pergerakannya, yang hanya di perbolehkan tiduran. Bisa karena kebijakan rumah sakit atau bisa juga karena adanya tindakan intervensi seperti pemasangan infus atau pemasangan pemantauan janin elektronik yang secara otomatis membatasi pergerakan sang ibu. Ketika ibu di minta untuk tiduran atau menghabiskan sebagian besar waktunya untuk berbaring, ini akan sangat mengganggu kemajuan dalam persalinan. Karena dalam posisi ini, akan sangat memungkinkan bayi Anda akan lebih cenderung untuk berada dalam posisi posterior, nyeri dapat meningkat, terutama nyeri punggung, Sirkulasi darah kurang lancar pada rahim ibu, yang dapat menyebabkan kontraksi kurang efektif, sirkulasi darah ke bayi ibu juga menurun.
- 2) emosional, seperti rasa takut, malu, atau kurangnya dukungan, juga bisa mengganggu kemajuan persalinan. Ketakutan dan kecemasan dapat memicu pelepasan hormon, seperti adrenalin, yang dapat memperlambat kontraksi persalinan.
- 3) Kurangnya dukungan dapat menghambat proses kemajuan persalinan

D. Teknik rebozo dalam kemajuan persalinan

1. Pengertian teknik rebozo

Teknik rebozo adalah cara non farmakologis atau tanpa menggunakan obat (tradisional) untuk membantu mengelola kemajuan dan rasa sakit selama persalinan. Teknik ini berasal dari Meksiko dimana wanita disana mempunyai tradisi menggunakan rebozo sebelum, selama dan setelah melahirkan. Rebozo adalah kain panjang yang biasa dipakai wanita Meksiko untuk berkegiatan sehari-hari (memanggul, menggendong bayi, dll). Melilitkan rebozo ke sekeliling panggul dan bokong ibu hamil, lalu menggoyangkannya selama proses persalinan berlangsung,

ayunan dari rebozo dianggap mampu membuat ibu rileks serta membantu memposisikan bayi ke jalur jalan lahir (Rebozo, 2016)

Teknik rebozo biasanya dilakukan pada ibu hamil setelah usia kehamilan 28 minggu, dan juga dilakukan selama persalinan, pada fase awal persalinan, dan setelah memasuki fase aktif, dilakukan dengan teknik *shake the apple tree*, merupakan salah satu yang paling umum dilakukan pada pinggul ibu yang akan melahirkan, dengan gerakan yang terkontrol untuk membantu mengayunkannya dari sisi ke sisi lain sedikit demi sedikit. Biasanya untuk praktisi membantu ibu dalam melakukan teknik rebozo menggunakan posisi jongkok atau berdiri dengan sedikit menunduk (Elloianza, 2016).

Pada awal mulai persalinan, penolong persalinan maupun pendampingnya mulai menarik kain dan menggoyang-goyangkan bagian perut dan panggul ibu secara lembut. Gerakan ini dapat membantu ibu merasa lebih nyaman, lilitan yang tepat akan membuat ibu merasa seperti dipeluk dan memicu keluarnya hormone oksitosin yang bisa membantu proses persalinan lebih lancar, rebozo ini tidak hanya memberikan kenyamanan saat persalinan saja, rebozo juga membantu memberikan ruang pelvic yang lebih luas untuk ibu sehingga bayi lebih mudah menuruni panggul dan proses persalinan lebih cepat (Asian parent, 2017)

2. Tujuan teknik rebozo

Teknik ini digunakan untuk bersantai selama persalinan agar ibu merasa nyaman, teknik ini dapat diterapkan dengan menempatkan rebozo bagian belakang, pinggang, area panggul, bahu, dan sekitar perut. Dengan gerakan lembut, otot-otot di daerah pelvis dengan mudah dilepaskan dan akan membuat rileks panggul ibu, juga dapat memiliki efek positif hasil proses kelahiran dan menyediakan pemulihan dan pemberian dukungan terhadap ibu.

Teknik rebozo dalam persalinan bertujuan untuk membantu menenangkan ibu tanpa penggunaan obat, membuat ibu merasa nyaman dan juga mengurangi nyeri selama persalinan dan mempercepat proses kemajuan persalinan, serta dapat membantu posisi janin optimal dengan kepala semakin turun ke panggul, mengurangi rasa nyeri kontraksi yang disebabkan karena penekanan kepala janin di panggul, membuat ibu belajar melepas ketegangan dengan gerakan rileks, bebas bergerak, sehingga membuat ligament di uterus dan otot perut rileks yang menimbulkan kenyamanan.

3. Mekanisme teknik rebozo

Teknik rebozo ini merupakan teknik yang digunakan selama persalinan awal atau selama kala I fase aktif. Teknik ini yaitu metode memberikan rasa nyaman pada banyak ibu yang akan melahirkan selama tahap pertama persalinan atau kala I.

4. Cara melakukan teknik rebozo

Rebozo diberikan dengan satu atau lebih kain, rebozo diletakkan di bagian tubuh dan dikencangkan sehingga memberi dukungan dan penutup. Dan dengan rebozo, gerakan kecil atau lebih besar dapat dilakukan sehingga bisa memberikan efek yang santai dan nyaman serta menenangkan. Sebelum menggunakan rebozo, kita harus menyesuaikan diri ibu dengan energinya, Tarik nafas panjang untuk memperlambatnya, membantu ibu menikmati ketenangan yang diberikan dengan teknik rebozo ini.

5. Prosedur teknik rebozo

- 1) Memberitahu ibu langkah yang dilakukan dan fungsinya
- 2) Mengecek detak jantung janin sebelum dan sesudah melakukan rebozo
- 3) Menganjurkan ibu untuk mencari posisi yang nyaman seperti posisi berbaring miring ke kiri dan menungging serta duduk.
- 4) Menyiapkan kain panjang
- 5) Melakukan teknik rebozo dengan gerakan perlahan di bagian bokong. Rebozo dibungkus diatas bokong dan ujung – ujungnya menyatu dengan setiap sisi panggul.
- 6) Menanyakan pada ibu apakah posisi sudah nyaman dan gerakannya
- 7) Memberikan gerakan dengan mengguncangkan di bagian pinggul sehingga seluruh bokong bergetar. pastikan getarannya memberikan rasa nyaman dan rileks, dilakukan setiap 5-10 menit diantara kontraksi 1 atau 2 kali selama persalinan..
- 8) Mengevaluasi pelaksanaan teknik rebozo dengan beristirahat dan melihat pemantauan hasil dengan menggunakan partograf

6. Hal – hal yang harus di perhatikan dalam melakukan teknik rebozo

- 1) Rebozo tidak menimbulkan efek apapun pada bayi saat kontraksi
- 2) Jika gerakan guncangan terlalu kencang akan menimbulkan ketidaknyamanan
- 3) Jangan melakukan bila ibu mengalami kontraksi berlebih, presentasi bokong, dan perdarahan abnormal pervaginam karena akan memperburuk keadaan.

7. Posisi teknik rebozo

1) Posisi sifting

Gerakan ini disebut pengayaka, gerakan ini dipindahkan dari satu sisi ke sisi lain untuk memberikan gerakan ritmis panggul yang menyenangkan yang dapat mendorong relaksasi dan dapat memudahkan pergerakan bayi. Pendamping melakukan teknik rebozo ini dengan sedikit menekuk kakinya dan tanpa menggunakan sepatu. Hal ini dapat membantu pendamping untuk dapat merasakan hubungan antara rebozo yang dipegang dengan tubuh ibu. Setelah 5-10 menit, tangan pendamping mungkin akan mulai lelah, pada saat ini ibu boleh meminta pendamping untuk memperlambat gerakannya secara bertahap untuk beberapa detik sampai akhirnya berhenti dan rebozo dilepaskan dari perut ibu



2.1. Gambar posisi sifting

2) Shake Apple Tree

Teknik ini dilakukan setelah memasuki fase aktif, teknik ini dilakukan dengan menggoyang-goyangkan pinggul ibu dengan gerakan yang teratur. Gerakan ini disebut pelvic massage atau shake the apple tree. Selain itu rebozo juga dapat digunakan untuk mengoptimalkan posisi bayi.



2.2. Gambar posisi shake apple tree

E. Konsep Dasar Asuhan Masa Nifas

1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah dimulainya setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu/42 hari. (Prawirohardjo,2002 : N-23)

2. Tujuan asuhan masa nifas

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi nya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada masa ibu masa nifas secara sistematis yaitu ,mulai pengajian data subjektif, data objektif maupun penunjang
- 3) Setelah bidan melaksanakan pengkajian data maka bidan harus menganalisa data tersebut sehingga tujuan asuhan masa nifas ini dapat mendeteksi masalah yang terjadi pada ibu dan bayi.
- 4) Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya, yakni setelah masalah ditemukan maka bidan dapat langsung masuk ke langkah berikutnya sehingga tujuan diatas dapat dilaksanakan.
- 5) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat, memberikan pelayanan keluarga berencana. (saifuddin,2006)

3. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas

- 1) Bidan harus memantau ibu dan bayi dalam beberapa saat untuk memastikan ibu dan bayinya dalam kondisi yang stabil/baik.
- 2) Periksa fundus tiap 15 menit pada jam pertama, 20-30 menit pada jam kedua, jika kontraksi tidak kuat. Massase uterus sampai keras karena otot akan menjepit pembuluh darah sehingga menghentikan perdarahan.
- 3) Periksa tekanan darah, kandung kemih, nadi, perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
- 4) Anjurkan ibu minum untuk mencegah dehidrasi, bersihkan perineum, dan kenakan pakaian bersih, biarkan ibu istirahat, beri posisi yang nyaman, dukung program bonding attachment dan ASI eksklusif, mengajarkan ibu dan keluarga untuk memeriksa fundus dan perdarahan, memberikan konseling tentang gizi, perawatan payudara, kebersihan diri.
- 5) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
- 6) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- 7) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, serta mempraktekan kebersihan yang aman.
- 8) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnose dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama masa nifas

4. Tahapan masa nifas

- 1) *Puerperium dini* yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan jalan-jalan.
- 2) *Puerperium intermedial* yaitu pemulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) *Remote puerperium* adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki komplikasi

5. Kunjungan masa nifas

- 1) Kunjungan ke 1 (6 jam-3hari setelah persalinan)

Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

- 2) Kunjungan ke 2 (4-28 hari setelah persalinan)

Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus kontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

- 3) Kunjungan ke 3 (29-42 hari setelah persalinan)

Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami, memberikan konseling untuk KB secara dini.

F. Konsep dasar asuhan Bayi Baru Lahir

1. Definisi bayi baru lahir

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru lahir mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari, BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturase, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan (ekstrauterain) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi dkk, 2015).

2. Ciri-ciri bayi baru lahir normal

- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram.
- 2) Panjang badan 48-52.
- 3) Lingkar dada 30-38.
- 4) Lingkar kepala 33-35.
- 5) Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
- 6) Pernapasan $\pm$ 40-60 kali/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Genitalia : pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora dan pada lakilaki, testis sudah turun dan skrotum sudah ada.
- 10) Refleks isap dan menelan sudah aktif
- 11) Refleks Moro atau gerak memeluk jika dikagetkan aktif
- 12) Refleks palmar dan plantar atau menggenggam aktif.
- 13) Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan(Tando,2016).

3. Perubahan Fisiologi (Sondakh, 2017)

1) Perubahan pada sistem pernapasan

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam 30 detik sesudah kelahiran. Pernapasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit.

2) Perubahan sistem Kardiovaskuler

Dengan berkembangnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbon dioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir keparu-paru dan ductus arteriosus tertutup.

3) Perubahan termoregulasi dan metabolic

Sesaat sesudah lahir, bila bayi dibiarkan dalam suhu ruangan 25 °C, maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konveksi, konduksi, dan radiasi. Suhu lingkungan yang tidak baik akan menyebabkan bayi menderita hipotermi dan trauma dingin (cold injury).

4) Perubahan Sistem Neurologis

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.

5) Perubahan Gastrointestinal

Kadar gula darah tali pusat 65mg/100mL akan menurun menjadi 50mg/100 mL dalam waktu 2 jam sesudah lahir, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula akan mencapai 120mg/100mL.

6) Perubahan Ginjal

Perubahan hati dan selama periode neontaus, hati memproduksi zat yang essensial untuk pembekuan darah. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.

7) Perubahan Imun

Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang dipintu masuk. Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan resiko infeksi pada periode bayi baru lahir. Sebagian besar bayi berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.

4. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Menjaga bayi agar tetap hangat. Langkah awal dalam menjaga bayi tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera mungkin sesudah lahir, tunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi.
- 2) Membersihkan saluran napas dengan menghisap lendir yang ada di mulut dan hidung (jika diperlukan). Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian APGAR skor menit pertama. Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera dibersihkan

- 3) Mengeringkan tubuh bayi dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, bersih dan halus. Dikeringkan mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat diklem, hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.
- 4) Memotong dan mengikat tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik. Tindakan ini dilakukan untuk menilai APGAR skor menit kelima.
- 5) Melakukan IMD, dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah mengikat tali pusat. Langkah IMD pada bayi baru lahir adalah lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam dan biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusui.
- 6) Memberikan identitas diri segera setelah IMD, berupa gelang pengenal tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin.
- 7) Memberikan suntikan Vitamin K. Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi baru lahir beresiko mengalami perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada semua bayi baru lahir, terutama bayi BBLR diberikan suntikan vitamin K (phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuscular pada anterolateral paha kiri. Suntikan vit K dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B.

- 8) Memberi salep mata antibiotik pada kedua mata untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir.
- 9) Menberikan imunisasi Hepatitis B pertama (HB-O) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K secara intramuscular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi usia 0-7 hari.
- 10) Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir untuk mengetahui apakah terdapat kelainan yang perlu mendapat tindakan segera serta kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan kelahiran.

Pemeriksaan fisik secara head to toe (dari kepala sampai jari kaki) :

- a. Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar adanya caput succedaneum, cephal hematoma.
- b. Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, konjungtiva, dan tanda-tanda infeksi
- c. Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap labioskisis, labiopalatoskisis dan reflex isap
- d. Telinga: pemeriksaan terhadap kelainan daun telinga dan bentuk telinga.
- e. Leher: pemeriksaan terhadap serumen atau simetris.
- f. Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pernapasan dan ada tidaknya retraksi
- g. Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor).
- h. Tali pusat: pemeriksaan terhadap perdarahan jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau selangkangan.
- i. Alat kelamin: untuk laki-laki, apakah testis berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, pada wanita vagina berlubang dan apakah labia mayora menutupi labio minora.
- j. Anus: tidak terdapat atresia ani
- k. Ekstremitas: tidak terdapat polidaktili dan syndaktili. (Sondakh, 2017)

5. Pelayanan Kesehatan Neonatus.

- 1) Kunjungan neonates ke-1 (KN I) dilakukan 6-48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin K, Hepatitis B, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi.
- 2) Kunjungan neonates ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir, pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.
- 3) Kunjungan neonates ke-3 (KN 3) dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya.

G. Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana

1. Pengertian Asuhan pada Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana menurut UU No. 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan bahagia dan sejahtera (Setiyaningrum, 2015).

Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran (Hartanto, 2004; 27).

2. Tujuan Keluarga Berencana

- 1) Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.
- 2) Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

3. Sasaran Keluarga Berencana

- 1) Sasaran langsung
Pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.
- 2) Sasaran tidak langsung
Pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Handayani,2010; 29).

4. Peran bidan dalam pelayanan keluarga berencana

- 1) Mengkaji kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada PUS
- 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan
- 3) Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien
- 4) Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah dibuat
- 5) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan
- 6) Membuat rencana tindak lanjut pelayanan bersama
- 7) Membuat pencatan dan pelaporan

5. Macam-macam kontrasepsi

1) Kontrasepsi sederhana

Kontrasepsi sederhana merupakan cara kontrasepsi atau pencegahan kehamilan yang dilakukan atau digunakan secara sederhana atau sewaktu-waktu, bahkan untuk sekali pemakaian saat melakukan hubungan seksual. Kontrasepsi sederhana dibagi atas dua cara yaitu cara kontrasepsi tanpa menggunakan alat-alat atau obat dan cara kontrasepsi dengan menggunakan alat atau obat.

a. Jenis kontrasepsi sederhana menggunakan alat

a) Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan. Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang digulung berbentuk rata. Standar kondom dilihat dari ketebalannya, yaitu 0,02 mm.

b) Spermisida

Spermisida adalah alat kontrasepsi yang mengandung bahan kimia yang digunakan untuk membunuh sperma. Jenis spermisida terbagi menjadi : Aerosol (busa), Tablet vagina, Krim.

c) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Jenisnya yaitu : Flat spring (flat metal band), Coil spring (coil wire), Arching spring (kombinasi metal spring).

b. Kontrasepsi Tanpa Menggunakan Alat/ Obat

a) Coitus interruptus

Coitus interruptus atau senggama terputus merupakan salah satu metode yang paling banyak digunakan sekarang. Cara ini dilakukan dengan mengeluarkan penis dan membuang sperma diluar vagina saat pria ejakulasi.

b) Metode Kalender

Metode Kalender adalah metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi. Knaus (ahli kebidanan Vienna) berpendapat bahwa ovulasi terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi berikutnya. Sedangkan Ogino (ahli ginekologi Jepang) berpendapat bahwa ovulasi tidak terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi tetapi terjadi 12 atau 16 hari sebelum menstruasi berikutnya.

2) Kontrasepsi Darurat

Kontrasepsi Darurat adalah kontrasepsi yang dapat mencegah kehamilan bila digunakan setelah hubungan seksual. Atau sering juga disebut “Kontrasepsi Pasca senggama” atau “Morning after pills” atau “Morning after treatment”. Pada awalnya istilah “Kontrasepsi sekunder atau Kontrasepsi darurat” adalah untuk menepis anggapan bahwa obat tersebut harus segera dipakai/digunakan setelah melakukan hubungan seksual atau harus menunggu hingga keesokan harinya, dan bila tidak, berarti sudah terlambat sehingga pasangan tersebut tidak dapat berbuat apa apa lagi.

Kontrasepsi darurat itu adalah Kontrasepsi darurat merupakan cara untuk mencegah kehamilan setelah pasangan suami istri berhubungan seks tanpa menggunakan kontrasepsi, lupa minum pil, atau mengalami kecelakaan kontrasepsi (seperti kondom rusak)

a. Jenis Kontrasepsi Darurat (Kondar)

Ada 2 macam Kontrasepsi darurat yaitu:

a) Mekanik

Satu-satunya Kondar mekanik adalah IUD yang mengandung tembaga (misalnya: CuT 380A). Jika dipasang dalam waktu “kurang dari 7 hari” setelah senggama, cara ini mampu mencegah kehamilan. dan selanjutnya dapat dipakai terus untuk mencegah kehamilan hingga 10 tahun lamanya, atau sesuai waktu yang dikehendakinya. Hanya saja harganya lebih mahal dan sebaiknya dipasang oleh ahlinya (dokter umum, atau dokter spesialis kebidanan atau bidan)

b) Medik

Paling sedikit ada 5 cara pemberian Kondar yang telah diteliti secara luas. Masing-masing bersifat hormonal dan saat ini diterapkan secara oral. Sekalipun pemberian pervaginal dalam tahap penelitian, namun kepustakaan yang telah dipublikasikan masih terbatas pada pemberian per oral. Lima cara tersebut adalah: Pil KB Kombinasi (mis: Microgynon), Pil Progestin (mis: Postinor-2), Pil Estrogen (mis: Premarin), Mifepristone (mis: RU-486), Danazol (mis: Danocrine)

3) Kontrasepsi Masa Postpartum

a. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorrhea Method (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya.

b. IUD / AKDR Post Partum

AKDR merupakan pilihan kontrasepsi pascasalin yang aman dan efektif untuk ibu yang ingin menjarangkan atau membatasi kehamilan. AKDR dapat dipasang segera setelah bersalin ataupun dalam jangka waktu tertentu.

4) Kontrasepsi Hormonal

a. KB Suntik

Hormon progesteron yang disuntikkan ke bokong/ otot panggul lengan atas tiap 3 bulan atau 1 bulan (hormon estrogen).

b. KB Pil

a) Minipil

Minipil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah. Minipil atau pil progestin disebut juga pil menyusui. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet. Mini pil terbagi dalam 2 jenis yaitu: Mini pil dalam kemasan dengan isi 28 pil: mengandung 75 mikro gram desogestrel, Mini pil dalam kemasan dengan isi 35 pil: mengandung 300 mikrogram levonogestrel atau 350 mikrogram noretindron.

5) Kontrasepsi Oral Kombinasi (KOK)

- a. Monofasik : pil mengandung Estrogen / Progestin (E/P) dalam konsentrasi yang sama dalam 1 siklus
- b. Bifasik : 21 Pil mengandung E/P dengan konsentrasi yang berbeda dalam 2 periode yang berbeda (mis. 10/11) dalam 1 siklus
- c. Trifasik : 21 pil mengandung 3 kombinasi E/P dengan konsentrasi yang berbeda dalam 3 periode berbeda (mis. 6/5/10) dalam 1 siklus

6) Kontrasepsi non hormonal

- a. AKDR CuT-380 A

Kecil, kerangka dari plastic yang fleksibel,berbentuk huruf T yang diselubungi oleh kawat halus tembaga (Cu)
- b. AKDR lain yang beredar diindonesia adalah NOVA T (schering)

7) Kontrasepsi operatif

- a. Kontrasepsi mantap

Kontrasepsi mantap merupakan kontrasepsi yang paling efektif, murah, aman dan mempunyai nilai demografi yang tinggi.

- b. Tubektomi

Tubektomi merupakan prosedur bedah yang dapat menghentikan kesuburan dengan menyumbat atau memotong kedua saluran telur. menutup tuba fallopi dengan mengikat dan memotong/memasang cincin sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan sel telur.

- c. Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin mempunyai anak lagi.

6. Penapisan KB

- 1) Kebutuhan alat bantu yang mudah dalam penentuan metode kontrasepsi yang sesuai dengan klien
- 2) Alat bantu yang berdasarkan referensi terpercaya
- 3) Berpedoman pada lingkaran kriteria kelayakan yang telah ada sebelumnya

7. Mitos-mitos KB

- 1) Pil KB
 - a. Pil KB dapat membuat tubuh menjadi gemuk
 - b. Pil KB berdampak pada kulit menjadi tidak sehat dan berjerawat
 - c. Pil KB membuat tulang menjadi rapuh
- 2) IUD
 - a. Batang IUD dapat menempel dikepala bayi setelah melahirkan
 - b. IUD bisa berpindah tempat setelah dipasang
- 3) Suntik
 - a. Suntik KB dapat menghilangkan menstruasi
- 4) Implant
 - a. Implant dapat berpindah tempat
- 5) MOW
 - a. Dapat menurunkan libido
- 6) MOP
 - a. Sama dengan dikebiri atau kastrasai
 - b. Menghilangkan libido dan kejantanan pada pria